Cancer de l'œsophage

F OUDJIDA CHU Béni Messous

1/Définition:

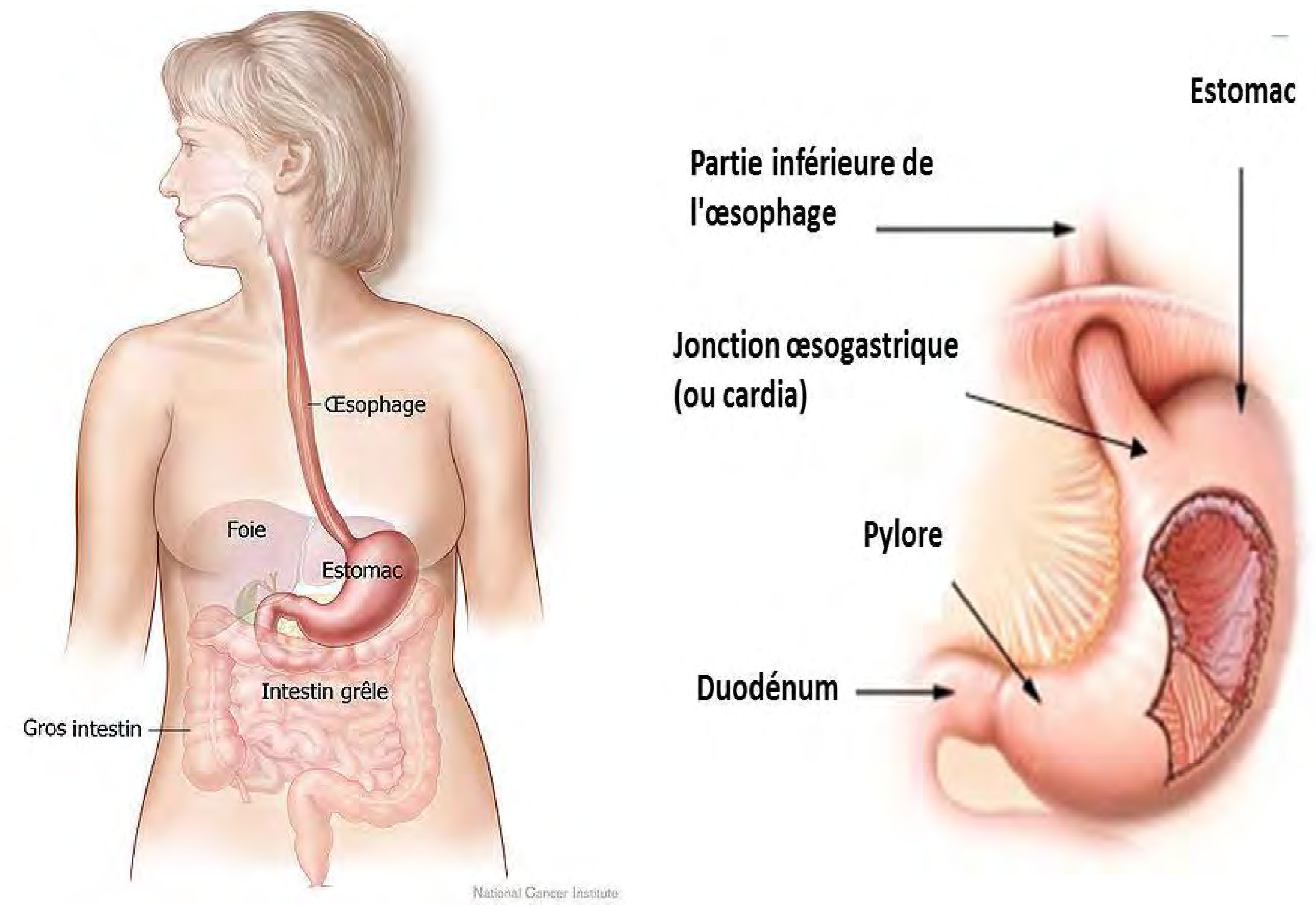
- Le cancer de l'œsophage est une tumeur qui se forme dans les tissus qui tapissent l'œsophage. L'œsophage est le tube musculaire par lequel les aliments passent de la gorge à l'estomac.
- Les deux principaux types de cancer de l'œsophage:

  -carcinome épidermoïde

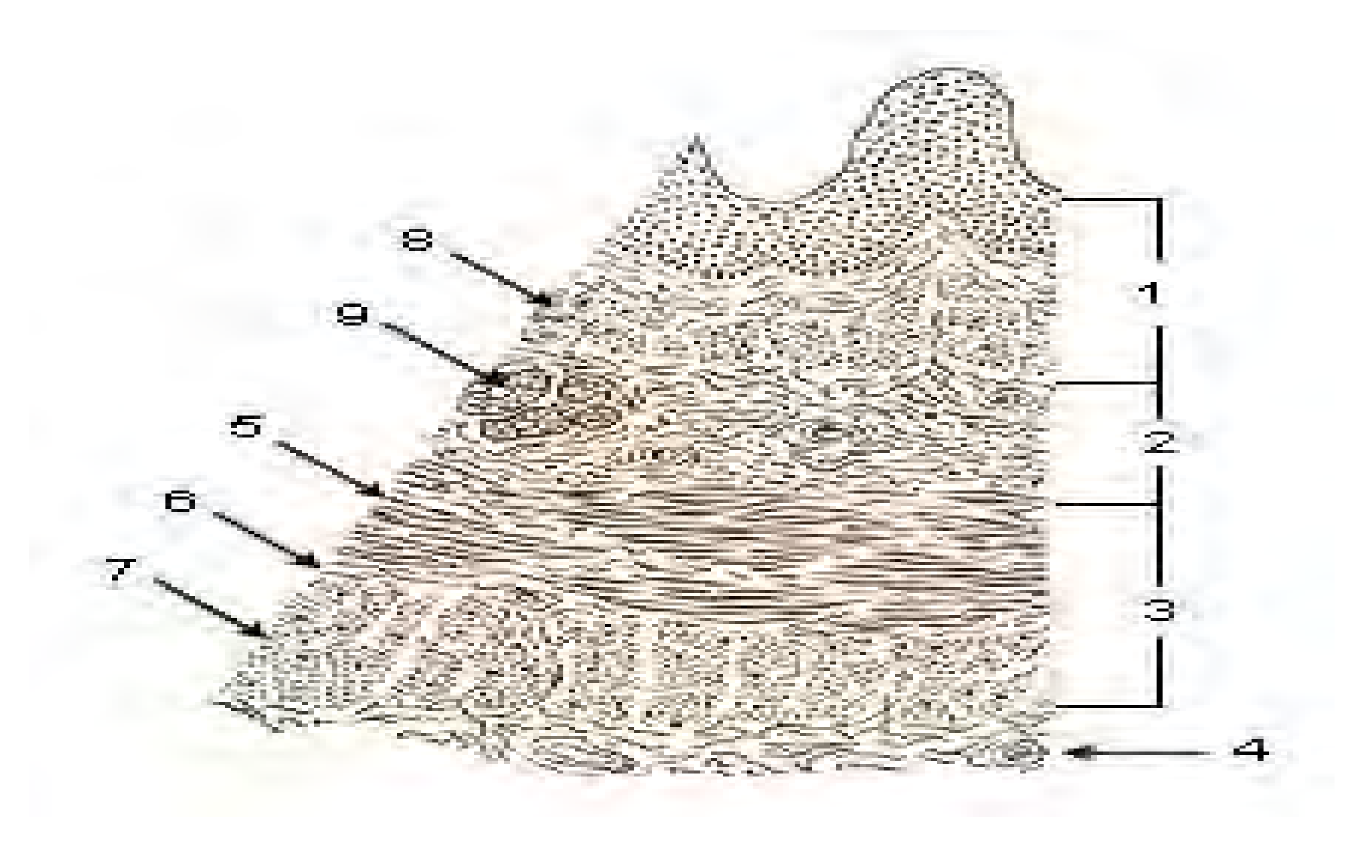
  -l'adénocarcinome.

- Le carcinome épidermoïde est un cancer qui se développe à partir des cellules malpighiennes qui tapissent l'œsophage.
- L'adénocarcinome est un cancer qui se développe à partir des cellules qui produisent et libèrent le mucus* et d'autres fluides.

Rappel anatomique:



Rappel histologique:



1 : la muqueuse*, comprenant l'épithélium*, la lamina propria* et la musculaire-muqueuse* (8).

2 : La sous-muqueuse*, contenant les glandes œsophagiennes (9).

3 : La tunique musculeuse, dont 5, 6 et 7 constituent différentes couches de muscles.

4 : L'adventice.

Facteurs étiologiques:

- **Le tabagisme :**
- **La consommation d'alcool :**
- **Les boissons chaudes: ingestion de boissons brulantes**

-consommation de maté : le maté, l'infusion d'une plante appelée yerba maté, est consommée couramment en Amérique du Sud.

- **Une faible consommation de fruits et légumes frais.**
- **Infection à HPV**
- **Certaines pathologies :**

- l'achalasie

-le syndrome de Plummer-Vinson,

Facteurs étiologiques:

- Principaux facteurs de risque de l'adénocarcinome œsophagien :
- **L'œsophage de Barrett (ou endobrachyœsophage) :** Se voit au niveau de la partie basse de l'œsophage.

-Remplacement d'une muqueuse malpighienne par une muqueuse glandulaire.

- Histologiquement:-Métaplasie intestinale
- **le tabagisme et la consommation d'alcool**

Carcinogenèse

La séquence de la carcinogénèse est la suivante:

- Métaplasie intestinale
- Métaplasie avec dysplasie de bas grade
- Métaplasie avec dysplasie de haut grade (carcinome in situ)
- Adénocarcinome infiltrant

Signes cliniques:

- dysphagie
- Une douleur ou une gêne dans la gorge
- Un enrouement
- Une toux persistante
- Amaigrissement

Diagnostic positif:

- **Fibroscopie œsophagienne :**

  -Aspect**:** Bourgeon, ulcération, épaississement muqueux

  -Permet de faire des biopsies avec examen anatomopathologique.

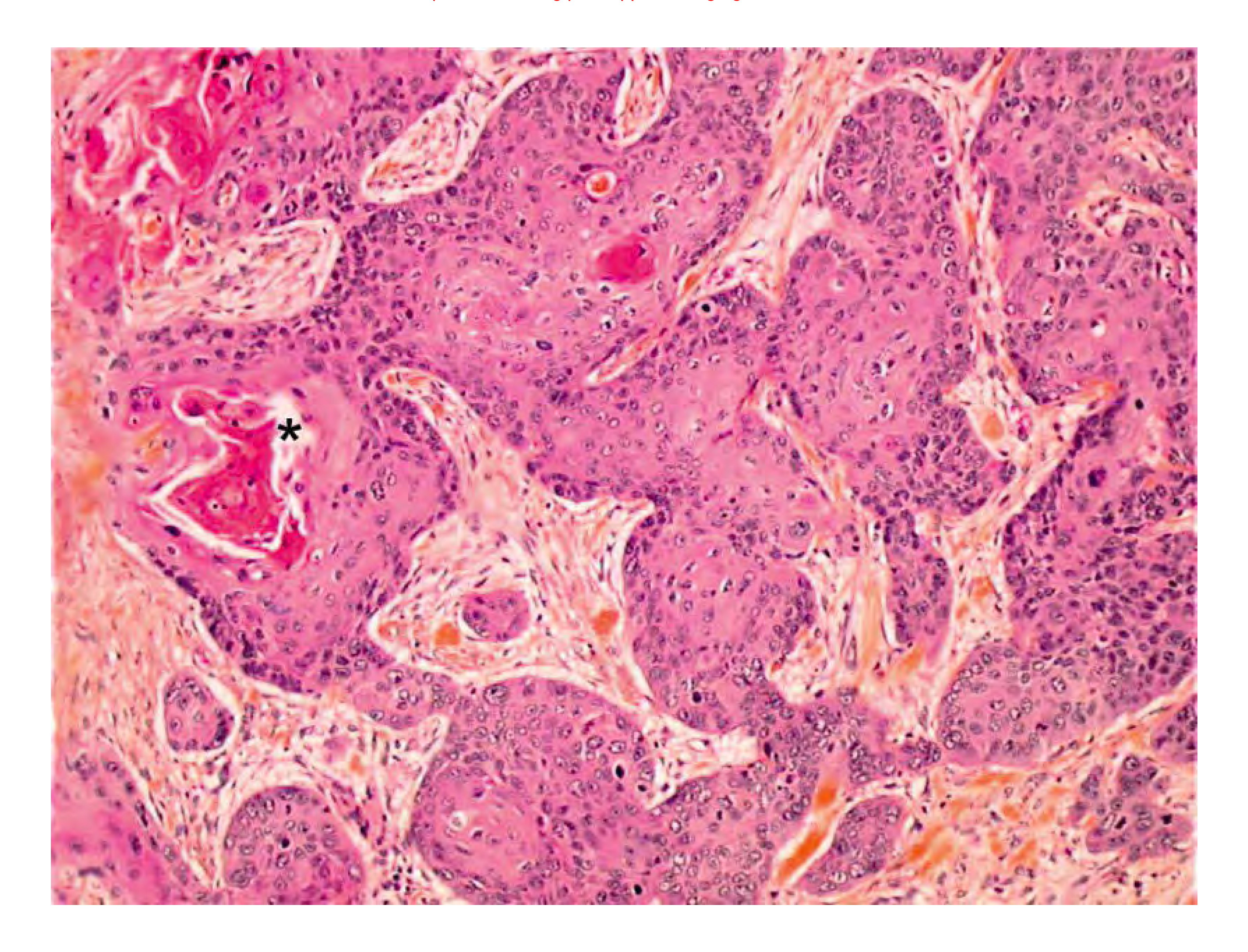
- **Echo-endoscopie:** apprécie le degré d'infiltration du cancer à travers les couches de la paroi.
- **TDM:** bilan d'extension.

Anatomie-pathologique:

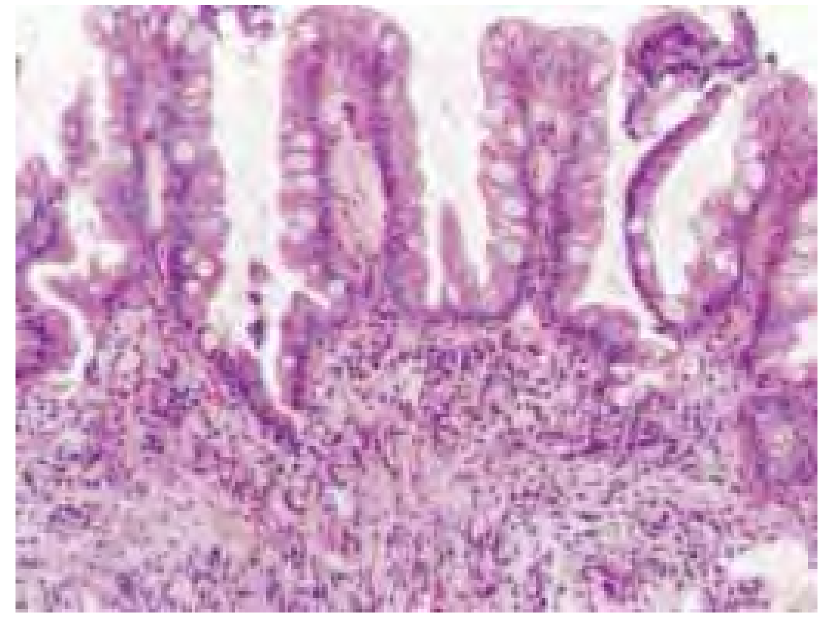
- Siège: le + svt ⅓ inférieur de l'œsophage.
- Macro:-aspect polyploïde
  - -forme ulcérée
  - -forme squirrheuse: circulaire et sténosante
- Micro: selon la classification de l'OMS 2010:
- **Carcinomes épidermoïdes**: 90% des cas
  - -bien différenciés
  - -kératinisants ou non
  - -Lobules de cellules malpighiennes atypiques+ jonctions intercellulaires+ dyskératose











Œsophage de Barrett **A** Haphazardly arranged glands (right) adjacent to hyperplastic squamous epithelium (left). **B** Goblet cells and columnar cells form villus-like structures over chronically inflamed stroma. There is no intraepithelial neoplasia.

- **Adénocarcinomes**: + rares

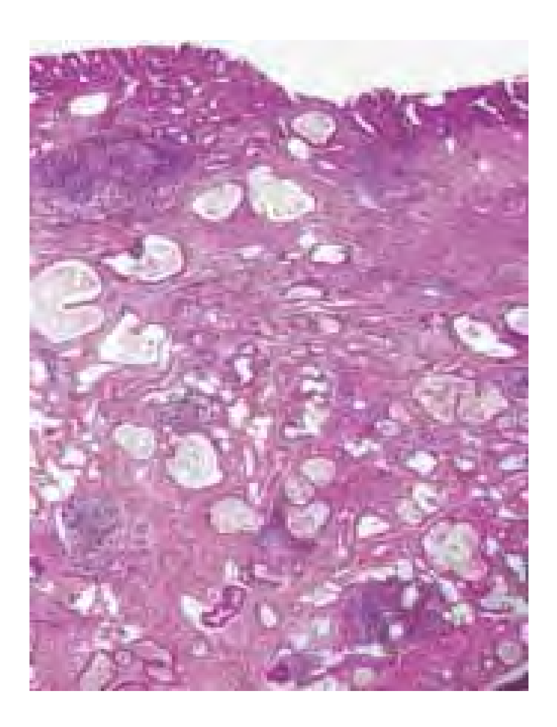
  -secondaire à un endobrachy-œsophage

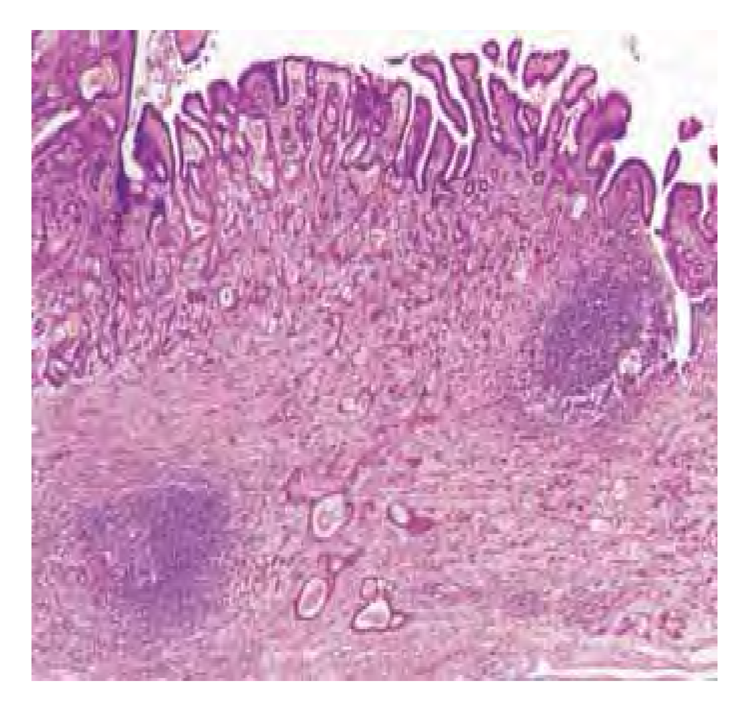
  -prolifération glandulaire+ ACN (identique à celui de l'estomac)

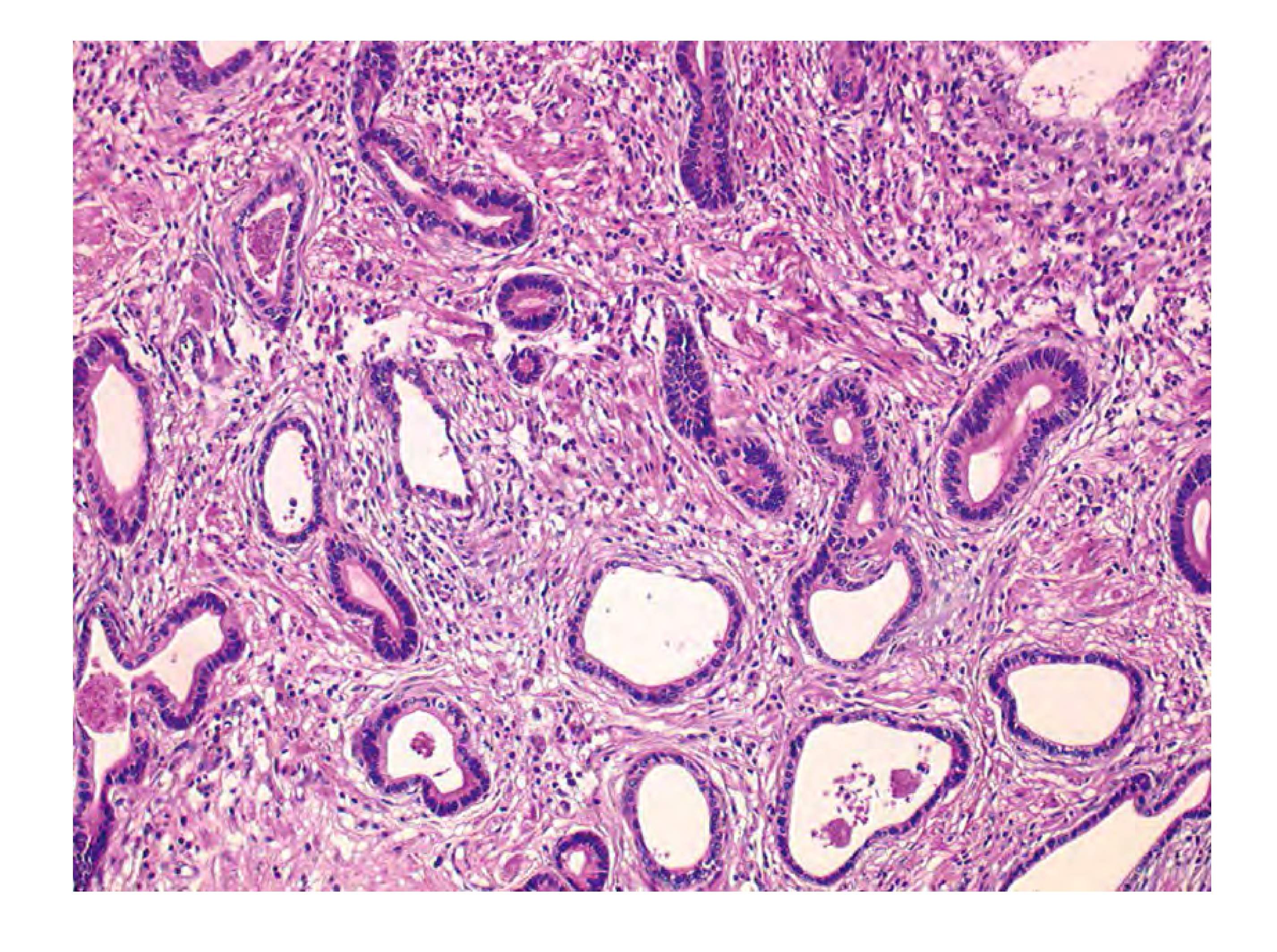
- **Carcinomes adénosquameux**:

  ADK+ Carcinome épidermoïde









Classification TNM (2010) des cancers de l'oesophage et de la jonction œsogastrique

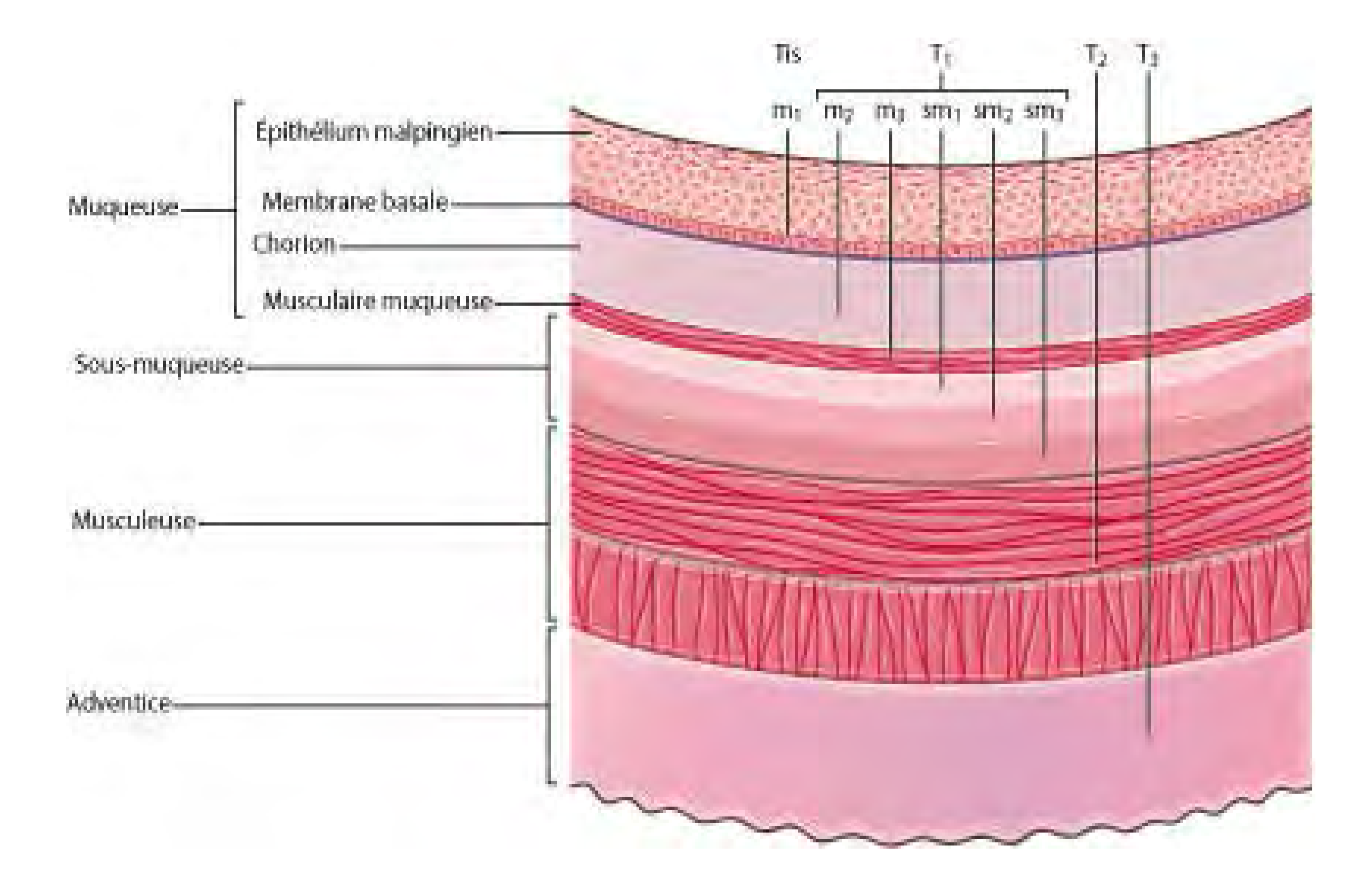
T : tumeur primitive
- T0 : pas de tumeur primitive
- Tis : dysplasie de haut grade/carcinome in situ
- T1 : tumeur envahissant la muqueuse ou la sous-muqueuse
  - – T1a : envahissement de la muqueuse (chorion ou musculaire muqueuse)
  - – T1b : envahissement de la sous-muqueuse
- T2 : tumeur envahissant la musculeuse
- T3 : tumeur envahissant l'adventice
- T4 : tumeur envahissant les structures/organes adjacents

N : ganglions régionaux
- Nx : ganglions non évalués
- N0 : pas de ganglions métastatiques régionaux
- N1 : 1 ou 2 ganglions régionaux métastatiques
- N2 : 3 à 6 ganglions régionaux métastatiques
- N3 : 7 ganglions régionaux métastatiques ou plus

M : métastases à distance
- M0 : pas de métastases à distance
- M1 : métastase(s) à distance

Les cancers de l'oesophage dits « superficiels » sont les Tis et T1. Ils sont parfois subdivisés comme suit (*cf*. figure 4) :
- m1 : Tis
- m2 : infiltration de la *lamina propria*
- m3 : infiltration de la *muscularis mucosae*
- SM1 : infiltration du tiers superficiel de la sous-muqueuse
- SM2 : infiltration de la partie moyenne de la sous-muqueuse
- SM3 : infiltration du tiers profond de la sous-muqueuse.

Paroi de l'oesophage avec ses différentes couches et le stade pT correspondant



Traitement

1. Mucosectomie endoscopique à but curatif avec examen Anatomopathologique de la pièce de résection:

Le traitement endoscopique à visée curative est réservé aux tumeurs superficielles (T1N0). Il n'est réalisable

qu'après un bilan complet, et en particulier une échoendoscopie

Le prélèvement intéresse donc la muqueuse et la sous-muqueuse.

2. Chirurgie d'exérèse à but curatif avec examen Anatomopathologique

Elle s'adresse aux patients opérables avec une lésion résécable sans métastase à distance.

L'intervention de choix est l'oesophagectomie transthoracique subtotale avec curage ganglionnaire et plastie gastrique

Une radiochimiothérapie préopératoire est en général faite (traitement néoadjuvant) pour les tumeurs T2 ouT3.